

تفويض AUTHORIZATION

تفويض بالكشف عن السجلات الخاصة بـ:

اسم العائلة	اسم الأب	الاسم الأول
الأسماء السابقة		قد تساعد المعلومات التالية في العثور على السجلات:
موقع الخدمة	تاريخ الخدمة	رقم هوية آخر
يتم الكشف إلى:		رقم الهوية الحالي
الصفة	اسم العائلة	اسم الأب
العنوان		
الرمز البريدي	الولاية	المدينة
عنوان البريد الإلكتروني	رقم الفاكس (مع رمز المنطقة)	رقم الهاتف (مع رمز المنطقة)
سبب الكشف عن السجلات		
التفويض: المصادر أفوض الجهات التالية بالكشف عن أو بمنح إمكانية الوصول إلى المعلومات السرية الخاصة بي حسبما هو موضح أدناه. يمكن تقديم المعلومات بشكل شفهي أو من خلال نقل البيانات عبر الحاسب الآلي أو البريد أو الفاكس أو التسليم الشخصي. <input type="checkbox"/> الهيئات التالية فقط (ضع علامة على كافة الجهات التي يسري عليها التفويض) إدارة خدمات الشيوخوخة والإعاقة <input type="checkbox"/> برامج المساعدة التابعة لإدارة الخدمات الاقتصادية <input type="checkbox"/> إدارة الخدمات المالية <input type="checkbox"/> إدارة إعادة تأهيل الأحداث <input type="checkbox"/> إدارة المساعدة الطبية <input type="checkbox"/> قسم إعادة التأهيل المهني <input type="checkbox"/> غير ذلك <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> كافة أقسام دائرة الخدمات الصحية والاجتماعية (DSHS)		
السجلات: أفوض بالكشف عن السجلات التالية: <input type="checkbox"/> سجلات العمالء الموجودة لدى أقسام دائرة الخدمات الصحية والاجتماعية المؤشر عليها أعلاه <input type="checkbox"/> السجلات السرية المحتفظ بها لدى أقسام دائرة الخدمات الصحية والاجتماعية المؤشر عليها أعلاه <input type="checkbox"/> السجلات التالية فقط:		
أود تحديد السجلات التي سيتم الكشف عنها على النحو التالي (حسب تاريخ السجل، نوع السجل، الخ.):		
يرجى ملاحظة ما يلي: إذا كانت سجلات العمالء أو السجلات السرية الخاصة بك تشتمل على أي من المعلومات التالية، يتعين عليك استيفاء القسم أدناه من أجل السماح بالكشف عن هذه السجلات. السجلات الخاصة: أعطي تصريحًا بالكشف عن السجلات التالية (ضع علامة أمام كافة السجلات التي يسري عليها ذلك):		
<input type="checkbox"/> السجلات الخاصة بنتائج فحوصات أو تشخيص أو معالجة مرض الكبد الوبائي/الإيدز والأمراض التي تنتقل عن طريق ممارسة الجنس(RCW 70.24.105) <input type="checkbox"/> سجلات الصحة العقلية(RCW 71.05.620) والتي تشتمل على: <input type="checkbox"/> السجلات الخاصة بالاعتماد على الكيماويات (CD) (42 CFR) بما في ذلك:		
<ul style="list-style-type: none"> ● يسري مفعول هذا الترخيص لمدة 90 يوماً حتى _____(تاريخ أو حدث). ● يجوز لي إبطال أو سحب تصريحي بشكل كتابي في أي وقت، ولكن لن يؤثر ذلك على المعلومات التي تم الكشف عنها بالفعل. ● أفهم أن السجلات قد لا تخضع لحماية بموجب القوانين التي تسرى على دائرة الخدمات الصحية والاجتماعية بعد هذا الكشف. ● يمكن إعطاء تصريحًا بالكشف عن سجلات من خلال نسخة من هذا التموذج. يجوز لدائرة الخدمات الصحية والاجتماعية تحصيل رسوم مقابل تقديم نسخ من سجلاتها. 		
تم التفويض بواسطة (التوقيع) _____ رقم الهاتف (مع رمز المنطقة) _____ تاريخ التوقيع _____ الشاهد/الكاتب العدل (الاسم مع التوقيع إن وجد) _____ الاسم مطبوعا _____		
إذا لم أكن الشخص موضوع السجلات، فإنني مفوض بالتوقيع وذلك بصفتي (أرقق ما يثبت هذه الصفة) <input type="checkbox"/> ولد شخص قاصر <input type="checkbox"/> الوصي الشرعي <input type="checkbox"/> الممثل الشخصي <input type="checkbox"/> أخرى:		

تنبيه إلى من يحصل على المعلومات: إذا كانت هذه السجلات تحتوي على معلومات تتعلق بمرض الكبد الوبائي أو الإيدز أو الأمراض التي تنتقل عن طريق الجنس أو إساءة استخدام الكحول أو المواد، فإنه لا يجوز لكم الكشف عن تلك المعلومات بموجب القانون الفيدرالي وقانون الولاية بدون تصريح خاص من الشخص المعنى والوفاء بمتطلبات قانونية معينة.

تعليمات بخصوص استيفاء نموذج التفويض

الغرض: يينبغي علىك استخدام هذا النموذج عندما ترغب في تمكين دائرة الخدمات الصحية والاجتماعية من الكشف عن معلومات سرية تتعلق بك لشخص آخر (بما في ذلك أي محامي أو مشرع أو قريب). يجوز لك أن تمنح تصريحًا بالكشف عن كافة السجلات السرية الخاصة بك، الموجودة لدى دائرة الخدمات الصحية والاجتماعية أو يمكن أن تجعل تصريحك فاًصراً على سجلات أو أقسام معينة من الوكالة. سوف يسمح هذا النموذج أيضًا لدائرة الخدمات الصحية والاجتماعية بمناقشة موقفك بشكل شفوي مع الشخص الذي تفوضه.

تنبيه إلى العملاء: إن معظم معلومات العملاء التي تمتلكها دائرة الخدمات الصحية والاجتماعية هي معلومات سرية ولن يتم الكشف عنها للآخرين ما لم تقم بمنح تصريح أو كان القانون يسمح بالكشف عن تلك المعلومات. بعد أن تقوم دائرة الخدمات الصحية والاجتماعية بالكشف عن المعلومات السرية الخاصة بك، يُرجى العلم بأن متألق المعلومات ربما لا يحمي سجلاتك بموجب نفس القوانين التي تسرى على دائرة الخدمات الصحية والاجتماعية. لا يجوز لدائرة الخدمات الصحية والاجتماعية أن ترفض منحك مزاباً إذا لم تقم بالتوقيع على هذا النموذج للسماح بالكشف للدائرة وذلك ما لم يكن تقويضك مطلوباً من أجل تحديد الأهلية من أجل الحصول على معلومات بخصوص كيفية قيام دائرة الخدمات الصحية والاجتماعية بالكشف عن معلومات العملاء السرية وحقوق الخصوصية الخاصة بك، يُرجى الرجوع إلى إشعار ممارسات الخصوصية الخاص بدائرة الخدمات الصحية والاجتماعية أو الاستفسار من الشخص الذي أطاك هذا النموذج.

الاستخدام: يمكنك ملء هذا النموذج بشكل إلكتروني أو باليد. استخدم زر الجدولة (tab) في الحاسب الآلي من أجل التنقل بين الحقول. يتعين استيفاء نموذج منفصل لكل شخص تكون سجلاته مطلوبة، بما في ذلك الأطفال. كلمة "أنت" أو "كاف الخطاب" تشير إلى الشخص موضوع السجلات.

أقسام النموذج:

تعريف الشخص موضوع السجلات:

- **الاسم:** اكتب اسمك بالكامل أو اسم الشخص الذي تكون سجلاته مطلوبة إذا كنت تتصرف باليابية عن شخص آخر.
- **تاريخ الميلاد:** يُرجى ذكر هذه المعلومات حيث أنها تكون مطلوبة لتمييزك عن أشخاص آخرين تكون أسماؤهم مشابهة.

معلومات اختيارية تساعد في تحديد السجلات:

- **الأسماء السابقة:** بما في ذلك أية أسماء أخرى كان يتم استخدامها وقت الاستفادة من مزاباً أو خدمات.
- **رقم هوية العميل:** يُرجى ذكر أي رقم تكون دائرة الخدمات الصحية والاجتماعية قد حدته.

رقم هوية آخر: بما في ذلك رقم التأمين الاجتماعي أو أي رقم هوية آخر يمكن أن يساعد في تحديد السجلات لدى دائرة الخدمات الصحية والاجتماعية.

تاريخ وموقع الخدمات:

- **الشخص المتألق للسجلات:** يُرجى ذكر هذه المعلومات من أجل مساعدة دائرة الخدمات الصحية والاجتماعية في تحديد والتعرف على السجلات التي تريد الكشف عنها.

الهوية: يُرجى ملء هذا القسم بشكل كامل قبل المستطاع حتى يتسعى لنا الاتصال بالشخص أو المؤسسة التي سوف تطلع على معلومات الشخصية.

سبب الكشف:

- **الصحة العقلية:** سوف تكون هذه المعلومات مطلوبة قبل أن تتمكن دائرة الخدمات الصحية والاجتماعية من الكشف عن السجلات الخاصة بالمخدرات والكحول أو

الصحة العقلية. إذا لم تقم بملء هذا القسم، فإن دائرة الخدمات الصحية والاجتماعية سوف تشير إلى أن سبب الكشف هو بناء على طلبك.

التفويض:

أقسام دائرة الخدمات الصحية والاجتماعية: يُرجى التأشير على أقسام دائرة الخدمات الصحية والاجتماعية التي ترغب أن تكشف عن سجلاتك أو التأشير على المربع الموجود أسفل هذا القسم إذا كنت تريد تمنح دائرة الخدمات الصحية والاجتماعية إمكانية الكشف عن كافة السجلات التي تخصك لديها. اكتب اسم القسم في "آخر". إذا لم يكن موجوداً بالقائمة.

المعلومات التي يتم الكشف عنها: ذكر ما هي السجلات التي ترغب في الكشف عنها. يمكن السماح بالكشف عن كافة أو جزء من سجلات العملاء الخاصة بك لدى دائرة الخدمات الصحية والاجتماعية. يمكنك أيضاً قصر الكشف على سجلات العملاء المحافظ عليها لدى أقسام الوكالة المؤشر عليها في القسم أعلاه، أو الكشف فقط عن سجلات معينة مذكورة في هذا النموذج أو في مرفق تقوم بالتوقيع عليه. إذا كانت هناك أية قيود بخصوص السجلات التي تود الكشف عنها، فإنه يتعين عليك ذكر السجلات المحددة أو توضيح القيود، وذلك مثل أن تكون قيود حسب تاريخ الخدمات أو نوع السجل.

السجلات المخطورة: إذا اشتملت أية سجلات على معلومات عن فحوصات أو معالجة مرض التهاب الكبد الوبائي/إيدز أو الأمراض التي تنتقل من خلال الجنس أو علاج الصحة العقلية أو خدمات المخدرات أو الكحول، يتعين عليك التأشير على كل بند من أجل السماح لدائرة الخدمات الصحية والاجتماعية بالكشف عن هذه السجلات. يينبغي عليك ملء نموذج منفصل من أجل التفويض بالكشف عن ملاحظات المعالجة النفسية ((ii)(3)(45 CFR 508(b)).

السريان: يسري مفعول هذا النموذج ليعطي إمكانية الوصول إلى المعلومات المحتفظ بها حالياً لدى دائرة الخدمات الصحية والاجتماعية. ينتهي تصريحك بعد 90 يوم من التوقيع أو أي تاريخ آخر تحدده، وذلك باستثناء أن الكشف عن المعلومات بواسطة موفر الخدمة المصحة والمتعلقة بالرعاية الصحية المستقبلية الخاصة بك تكون محدودة بـ 90 يوماً وفقاً لـ 70.02.030 RCW. يمكنك إلغاء التفويض بالإفراج عن السجلات وذلك بشكل كتابي في أي وقت ولكن لن يكون بالإمكان استعادة المعلومات التي تم الكشف عنها بالفعل.

التكلفة: إن قانون الكشف العام عن المعلومات في 42.17.260 RCW و WAC 388-08-080 يُجزئ لدائرة الخدمات الصحية والاجتماعية القيام بتحصيل رسوم عن نسخ السجلات بالإضافة إلى رسوم بريد. يمكن أن تفرض مستشفيات الولايات ومنشآت الرعاية الصحية رسوماً أعلى بالنسبة لسجلات المرضى وذلك وفقاً للفصل 70.02 RCW.

التوقيعات:

إذا كنت الشخص موضوع السجلات: قم بالتوقيع وكتابة اسمك أيضاً أو طباعته أدناه. ذكر تاريخ التوقيع بالإضافة إلى رقم هاتف الشخص المعنى.

إذا كنت توقيع عن شخص آخر، اذكر سبب تمكنك من القيام بذلك في آخر سطر وقم بإرفاق نسخة من أمر المحكمة أو أي وثيقة أخرى تمنحك هذه الصلاحية القانونية. يتعين على الأطفال أيضاً التوقيع من سجلات السرية الخاصة بهم إذا كانوا قد تجاوزوا سن البلوغ (13 سنة بالنسبة لخدمات الصحة العقلية والمخدرات والكحول؛ 14 سنة بالنسبة للمعلومات الخاصة بمرض التهاب الكبد الوبائي/إيدز أو الأمراض الأخرى التي تنتقل من خلال ممارسة الجنس، أي سن بالنسبة لتحديد النسل والإجهاض؛ 18 سنة بالنسبة للسجلات الصحية والسجلات الأخرى).

الشاهد أو كاتب العدل: قد تكون هناك حاجة لشاهد أو كاتب عدل من أجل التتحقق من هويتك إذا لم تكن تقدم هذا النموذج بشكل شخصي أو إذا نص البرنامج على التتحقق من الهوية. يينبغي أن يقوم ذلك الشخص بكتابة اسمه والتوقيع.

تنبيه إلى دائرة الخدمات الصحية والاجتماعية: إذا كانت هذه السجلات تحتوي على معلومات متعلقة بمرض التهاب الكبد الوبائي أو مرض ينتقل عن طريق ممارسة الجنس، فإن دائرة الخدمات الصحية والاجتماعية يتعين عليها إخطار المتألق بأن المعلومات سرية وأنه لا يجوز له الكشف عن السجلات بدون تقويض معين حسبما ينص عليها القانون 70.24.105(5) RCW. إذا قامت دائرة الخدمات الصحية والاجتماعية بإرسال نسخ من السجلات بخصوص خدمات المخدرات أو الكحول بموجب هذا التفويض، يتعين على دائرة الخدمات الصحية والاجتماعية إرفاق البيان التالي عند الكشف عن المعلومات حسبما ينص عليه القانون 2.32 CFR part 42:

تم الكشف لكم عن هذه المعلومات من سجلات محمية بموجب لوائح السرية الفيدرالية (2 CFR part 42). إن اللوائح الفيدرالية تحظر قيامكم بالكشف عن أي من هذه المعلومات ما لم يتم السماح بذلك صريحًا بها بموجب موافقة كتابية من الشخص الذي تتعلق به هذه المعلومات أو أن يكون ذلك مسماً به وفقاً لـ 42 CFR part 2. إن التفويض العام بالكشف عن أي معلومات طبية أو معلومات أخرى لا يكفي لهذا الغرض. إن اللوائح الفيدرالية تحظر استخدام المعلومات مقصورة على التحقيق الجنائي أو المقاضاة الخاصة بأي مريض بسبب سوء استخدام الكحول أو المخدرات.